

▼太枠内と届出日（右下）をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日			
		9 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和	0 2	0 1	3 1
	氏名	(フリガナ) けんぼ たろう					
		健 保 太 郎					
住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △) 愛知			都 道 府 県	名古屋市□□□□□□□□		
電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 (× × ×) × × × ×						

対象となる者	チェック欄	保険証を滅失した方の氏名	生年月日	性別	高齢受給者証
<input checked="" type="checkbox"/> 本人		被保険者（本人）分			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者		健保 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 2 7 年 8 月 1 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※いつ・どこで・どのような状況で等、詳しくご記入ください。

○月○日、通勤途中に保険証を入れた財布を落とした。

令和 6年 3月 20日

《被保険者証発見の際の返納誓約》

このたび上記のとおり被保険者証を滅失致しましたが、この被保険者証を発見した際はただちにリゾートトラスト健康保険組合へ返納致します。

被保険者氏名 健保 一郎

令和 6年 3月 20日

※この届は、資格喪失する被保険者もしくは被扶養者が被保険者証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです。被保険者証を滅失した方お一人につき一枚ご提出ください。

受付日付印

常務理事	事務長			